

TRAVAIL FAIT A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ
DE BERNE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU

REIN FLOTTANT

ET

DE SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE

THÈSE INAUGURALE PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BERNE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR

PAR

Henri ZBINDEN

MÉDECIN-CHIRURGIEN

ASSISTANT A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROF. KOCHER

GENÈVE

HENRY KÜNDIG, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, Corratierie

—
1901

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
REIN FLOTTANT

IMPRIMERIE W. KÜNDIG & FILS

TRAVAIL FAIT A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'UNIVERSITÉ
DE BERNE

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU

REIN FLOTTANT

ET

DE SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE

THÈSE INAUGURALE PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BERNE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR

PAR

Henri ZBINDEN

MÉDECIN-CHIRURGIEN

ASSISTANT A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DU PROF. KOCHER

GENÈVE

HENRY KÜNDIG, LIBRAIRE-ÉDITEUR
11, Corratierie

—
1901

*Thèse acceptée par la Faculté de médecine sur la proposition
de M. le professeur Kocher.*

Berne, le 20 février 1901.

Le Doyen,

Prof. HEFFTER.

A mes chers Parents.

A mon vénéré Maître

Monsieur le Professeur Kocher.

A Messieurs les Professeurs

Laskowski et Jentzer.

À mon fidèle ami

Monsieur Auguste Rochaix.

INTRODUCTION

C'est sur l'avis de mon chef, M. le Professeur Kocher, que j'ai entrepris ce travail. Il a bien voulu me mettre entre les mains le matériel nécessaire et me guider de ses bienveillants conseils. Je lui en témoigne ici l'expression de ma vive reconnaissance et je lui adresse mes sincères remerciements.

Mon but n'est pas tant de faire une étude complète sur le rein flottant que d'examiner les résultats opératoires obtenus par la néphropexie, faite d'après la méthode de mon maître, M. le Professeur Kocher. J'espère ainsi contribuer à l'étude du traitement opératoire du rein flottant, qui jusqu'à ces dernières années ne donnait que des résultats incertains.

ANATOMIE NORMALE

En commençant mon travail, je crois utile de passer rapidement en revue les rapports anatomiques des reins avec les organes voisins. La description du déplacement pathologique et du traitement opératoire en sera ainsi plus facile et plus compréhensible. Les reins, organes excréteurs de l'urine, sont situés symétriquement de chaque côté de la colonne vertébrale, à la hauteur des deux dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Le rein droit est généralement situé un peu plus bas que le gauche ; la raison en serait, d'après Testut, la présence du foie qui le surplombe et qui en pesant sur lui tend à le refouler du côté de la fosse iliaque.

Les axes verticaux des reins convergent vers leurs extrémités supérieures qui sont plus rapprochées de la colonne vertébrale que leurs extrémités inférieures.

Ce qui nous intéresse spécialement, c'est le mode de fixation du rein.

Il est surtout fixé : 1° par ses vaisseaux qui le réunissent à l'aorte et à la veine cave inférieure; 2° par le péritoine qui l'applique contre la paroi abdominale postérieure; 3° par une enveloppe conjonctive. le fascia rénal, dépendance du fascia propria qui double le feuillet pariétal du péritoine. Ce fascia rénal qui, chez l'enfant, n'est formé que de tissu conjonctif, est envahi peu à peu par la graisse et devient chez l'adulte la capsule adipeuse du rein, qui peut avoir 2 à 3 cm. d'épaisseur, ce qui forme un moyen efficace de fixation. Chaque rein présente habituellement 12 cm. de longueur, 7 cm. de largeur et 3 cm. d'épaisseur. Le rein droit est généralement plus large que le gauche; par contre, ce dernier étant plus long et plus épais, se trouve être cependant le plus volumineux des deux.

Le rein présente une face antérieure et une face postérieure, un bord interne et un bord externe, ainsi qu'une extrémité supérieure et une autre inférieure.

La face antérieure regarde en avant et un peu en dehors, elle est revêtue dans sa plus grande étendue par le péritoine. Elle est en rapport, pour le rein droit, avec la face inférieure du foie, le côlon ascendant et la portion initiale du côlon transverse; pour le rein gauche avec la queue du pancréas qui repose sur son quart supérieur, en haut et en dehors avec la rate, en bas avec la portion terminale du côlon transverse et le côlon descendant.

La face postérieure est en rapport, au-dessous de la 12^{me} côte, avec le muscle carré des lombes dont elle est séparée par le feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse, au-dessus de la 12^{me} côte avec le diaphragme; elle n'est point recouverte par le péritoine.

Le bord externe répond, à droite, au foie dans la plus grande partie de son étendue; à gauche, à la rate et au côlon descendant. Le bord interne repose sur le psoas, présente à sa partie moyenne une échancrure : le hile du rein par où passent les vaisseaux, les nerfs et l'uretère. L'extrémité supérieure coiffée par la capsule surrénale répond à la face interne de la 11^{me} côte. L'extrémité inférieure répond à l'apophyse transverse de la 3^{me} vertèbre lombaire; la distance qui la sépare de la crête iliaque est en moyenne de 5 cm. pour le côté gauche, de 3 1/2 à 4 cm. pour le côté droit. Le rein se compose d'une enveloppe ou capsule fibreuse et du tissu propre. La capsule fibreuse est en rapport avec la capsule adipeuse à laquelle elle est unie par des tractus conjonctifs et des vaisseaux; elle adhère au tissu propre du rein par des prolongements conjonctifs qui sont peu résistants et permettent de l'en détacher facilement.

Le rein reçoit l'artère rénale qui est une branche de l'aorte, il en part la veine rénale, située en avant de l'artère, elle va dans la veine cave inférieure. Les nerfs proviennent du plexus solaire et du petit splanchnique.

SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT OPÉRATOIRE

Normalement, les reins subissent pendant la respiration un léger déplacement; dès que ce déplacement est exagéré et dépasse les limites physiologiques, on a ce qu'on appelle un rein flottant.

Le rein flottant peut être congénital; dans ce cas on le rencontre surtout chez l'homme et du côté gauche; généralement il est acquis, et c'est du rein flottant acquis dont je m'occuperai spécialement.

J'ai eu l'occasion d'étudier à la clinique chirurgicale un certain nombre de cas que je me propose de décrire. Ils furent opérés d'après la méthode du professeur Kocher, qui est la suivante :

Néphroraphie ou *Néphropexie*, d'après Kocher. On fait une incision parallèle à la 12^{me} côte, juste au-dessous d'elle, à travers la peau et les muscles grand oblique et grand dorsal. Après avoir incisé l'aponé-

vrose lombocostale profonde, on aperçoit la capsule adipeuse du rein. On saisit la graisse avec des pinces à artères et on la tire énergiquement en dehors jusqu'à ce que le rein apparaisse aussi. L'assistant exerce alors une pression sur la partie antérieure de l'abdomen, de sorte que le rein, souvent fortement déplacé, pénètre dans la plaie ; le chirurgien saisit la capsule fibreuse avec une pince à artères et attire le rein vers la partie supérieure de la plaie, il le saisit encore plus bas avec une autre pince, ainsi de suite jusqu'à ce qu'il l'ait attiré autant que possible dans la plaie. On suture à l'aide d'une aiguille courbe les fasciæ lombodorsal et lombocostal avec la capsule fibreuse du rein à l'endroit où se trouve la pince la plus basse ; l'on fixe ainsi la capsule fibreuse et par cela même le rein. Ce n'est qu'alors que la capsule fibreuse est incisée en haut, de telle sorte que l'on puisse la saisir avec des pinces à artères et la fixer de chaque côté de l'incision aux fasciæ profonds au moyen de 5 à 7 sutures. Si l'on a eu soin d'inciser suffisamment la capsule fibreuse, on aperçoit une partie de la substance rénale propre d'une surface d'environ 4 à 6 cm² dans le fond de la plaie. On peut se convaincre qu'après une suture pareille, le rein ne se déplace plus pendant l'inspiration.

On détache encore un peu la capsule fibreuse de tous les côtés et l'on remplit la plaie de gaze stérilisée. On recouvre le tout d'un pansement antiseptique que l'on change huit jours après. Il est important

que la cicatrice s'étende dans sa plus grande largeur jusqu'à la substance rénale dénudée, car ce n'est qu'ainsi qu'on obtient une fixation sûre et durable. La guérison a lieu en six semaines.

CAS I. M^{me} N., 49 ANS, MÉNAGÈRE.

Anamnèse du 24 novembre 1896. La malade souffre depuis sa 18^{me} année de troubles gastriques; jusqu'à l'âge de 36 ans, elle n'avait que de temps en temps des douleurs dans la région de l'estomac; depuis ce moment elles sont devenues plus fréquentes, étant parfois accompagnées de vomissements qui, pendant une certaine période, se répétèrent chaque jour. Elle consulta pour cela un médecin qui lui ordonna la diète lactée. Après quelques mois de ce régime, elle se trouva un peu mieux; mais depuis une année les vomissements ont recommencé. La malade a le sentiment que quelque chose se meut dans sa région épigastrique, surtout lorsqu'elle est au lit. Les derniers temps, les vomissements étaient accompagnés de vertiges, la diète lactée lui fait du bien. Elle a eu neuf grossesses, sa mère mourut de phtisie pulmonaire.

Status du 25 novembre 1896. Elle a des varices. La paroi de l'abdomen est flasque, on y constate de nombreuses vergetures. Elle n'a pas de douleurs, mais le sentiment d'un poids dans la région de l'estomac, qui disparaît lorsqu'elle se couche sur le côté droit. Pendant la palpation on constate du clapotement dans la région de l'estomac et une tumeur de forme irrégulière à droite de l'ombilic. A cette tumeur correspond une matité qui disparaît lorsque la malade se couche du côté droit. Elle est douloureuse à la pression et s'abaisse

distinctement pendant la respiration. Lorsqu'on procède à l'insufflation de l'estomac avec la pompe pneumatique, la tumeur disparaît à l'arrière-plan, elle est très mobile. On constate une dilatation et une ptose de l'estomac dont le chimisme est cependant normal. Les symptômes peuvent s'expliquer par la pression et le tiraillement exercés sur le duodenum par la tumeur.

Opération le 11 décembre 1896, d'après Kocher. Traitement à ciel ouvert, la plaie est tamponnée avec de la gaze iodoformée, le pansement superficiel est changé tous les deux jours. Le 18 décembre on enlève les tampons de gaze iodoformée. Le 28 janvier 1897, la malade est rétablie, le 29 elle se lève pour la première fois. Le 5 février 1897, elle quitte l'hôpital. Le rein est bien fixé et la cicatrice a une largeur de 2 cm.

RÉSULTATS. *Status du 17 janvier 1901*. On ne peut plus constater de tumeur à droite de l'ombilic. Le rein est fixé en rapport immédiat avec la cicatrice. La malade n'a plus eu aucun symptôme depuis l'opération, elle a pris bonne mine et a augmenté de poids. Elle ne peut assez exprimer toute sa reconnaissance.

CAS II. M^{lle} H. J., MALADE PRIVÉE.

Anamnèse du 8 mai 1896. A la suite d'une chute dans un escalier, la malade ressentit de fortes douleurs dans la région du rein droit; un médecin constata un rein flottant de ce côté. La malade fit en vain plusieurs cures de bains pour se rétablir. Elle ressent toujours de fortes douleurs qui arrivent par accès et sont souvent accompagnées de vomissements.

Status du 9 mai 1896. On constate un rein flottant du côté droit.

Opération le 13 mai 1896. Le 30 juin 1896, la malade se lève pour la première fois; le 25 juillet elle quitte l'hôpital, parfaitement rétablie, le rein est fixé, elle n'a plus aucune douleur.

Résultats du 25 janvier 1901. La malade se trouve bien, elle n'a que rarement de légères douleurs, lorsqu'elle soulève quelque chose de lourd. Son médecin a pu constater dernièrement que le rein était parfaitement fixé.

CAS III. M^{lle} R. H., 32 ANS, OUVRIÈRE.

Anamnèse du 8 février 1897. Il y a sept ans, la malade ressentit brusquement, sans cause apparente, des douleurs dans la région épigastrique qui durèrent tout le jour. La nuit, elle pouvait cependant dormir. Dès qu'elle se mettait au travail, les douleurs recommençaient. Son état ne changea pas malgré tous les traitements possibles. Elle prétend que depuis sept ans ses douleurs ne l'ont jamais quittée plus que quelques heures de suite. Après une chute qu'elle fit il y a trois ans, les douleurs augmentèrent d'intensité et s'étendirent jusque dans la région du rein droit. Elle était tombée d'une hauteur d'environ 2 m. 50, le bas-ventre contre le rebord d'une échelle. Les douleurs ont encore augmenté ces derniers temps, surtout quand elle marche ou qu'elle fait quelque effort corporel. On lui opéra il y a une année une hernie ombilicale, les symptômes subjectifs sont cependant restés les mêmes.

Status du 10 février 1897. A la percussion, on ne peut constater aucune matité anormale de l'abdomen. A la palpation, on constate, sous le rebord des côtes du côté droit, dans la profondeur, une résistance convexe en bas et en dehors, qui ne se laisse pas bien délimiter dans sa partie supérieure. Elle

se déplace distinctement pendant la respiration; est très sensible à la pression. On ne peut pas sentir le rein droit à la place qu'il devrait occuper.

Opération le 8 mars 1897. Néphropexie d'après Kocher. Le rein est petit, très mobile, se laisse facilement attirer dans la plaie.

Traitement à ciel ouvert, six semaines plus tard la patiente est rétablie. Les symptômes subjectifs ne semblent cependant pas s'être beaucoup améliorés. Le rein est fixé.

RÉSULTATS. *Status du 29 janvier 1901.* Le rein est bien fixé, en rapport direct avec la cicatrice. Depuis l'opération, la malade se porte bien. Elle se plaint cependant de douleurs qu'elle ne peut pas bien définir. Elle me fait l'impression d'une hystérique. Elle ne travaille pas et a l'idée fixe que dès qu'elle reprendrait son travail elle ressentirait de nouveau les douleurs d'autrefois.

CAS IV. M^{lle} TH., MALADE PRIVÉE.

Anamnèse du 6 mai 1897. — Fut opérée le 13 novembre 1894 pour un rein flottant du côté droit. Avant cette première opération, elle avait des vomissements fréquents et souffrait d'indisposition générale et de diarrhée. Elle sentait les mouvements de son rein droit qui lui causaient de vives douleurs. Le 7 janvier 1895, elle quitta l'hôpital rétablie. Par la suite, elle fut atteinte de l'influenza. Dans un fort accès de toux, elle ressentit subitement de fortes douleurs dans la région du côté gauche. Peu après, son médecin put constater un rein flottant gauche. Elle eut de nouveau des vomissements et son urine contint de l'albumine, aussi dut-elle traiter son albuminurie avant de se faire opérer du côté gauche.

Status du 10 mai 1897. On constate un rein flottant du côté gauche.

Opération le 12 mai 1897. Le 15 juillet, elle quitte l'hôpital pour aller faire une cure de montagne. Elle se sent bien et les symptômes qui la tourmentaient ont disparu.

Status du 15 novembre 1897. Les reins sont bien fixés.

Résultats du 25 janvier 1901. Les reins sont fixés, la malade se sent très bien, si ce n'est qu'elle a toujours un peu d'albuminurie.

CAS V. M^{lle} R. F., 32 ANS, SERVANTE.

Anamnèse du 19 février 1897. La malade a depuis deux ans des douleurs dans la région ombilicale, elles n'étaient pas très fortes au commencement, mais elles devinrent peu à peu plus fortes et plus fréquentes, se produisant surtout avant le moment d'aller à selle. La malade souffrit toujours de constipation. Pendant les accès de douleurs, la région ombilicale est très sensible à la pression. Depuis une année, elle a remarqué que la nourriture peu digestible faisait renaître les douleurs.

Les derniers temps, elle souffrait aussi lorsqu'elle portait quelque chose de lourd ou lorsqu'elle faisait quelque effort corporel.

Status du 19 février 1897. La malade est constipée. On constate une légère proéminence de l'abdomen au-dessous de l'ombilic. Dans la région ombilicale, sur la ligne médiane, on trouve une zone hyperesthésique de la peau, sensible à la pression. Par la palpation bimanuelle on constate une résistance à bord arrondi en bas et convexe en dehors, à surface lisse, qui se déplace pendant la respiration. Si on la fixe pendant une profonde inspiration, son bord inférieur se trouve à la hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite.

Par l'insufflation de l'estomac on constate que la grande courbure vient jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic, il y a donc dilatation.

Opération le 8 mars 1897. Six semaines plus tard, la malade est rétablie.

Résultats. Elle a quitté la place où elle était au moment de son opération et il ne me fut pas possible d'avoir sa nouvelle adresse.

CAS VI. M^{me} C. S., MÉNAGÈRE, 32 ANS.

Anamnèse du 26 octobre 1897. La malade prétend avoir considérablement maigri depuis cinq mois. Elle n'a pas d'appétit, se plaint de douleurs dans tout l'abdomen et surtout dans la région épigastrique. Ces douleurs surviennent surtout après les repas. Elle a parfois vomi et souffre aussi de rachialgie. Les douleurs diminuent lorsqu'elle est couchée sur le dos. Ces accès de douleurs coïncidaient généralement avec les règles. Ces derniers temps elle a souvent besoin d'uriner, mais l'urine ne s'écoule chaque fois qu'en très faible quantité; elle est, paraît-il, parfois trouble. Lorsqu'elle marche ou lorsqu'elle fait quelque effort, elle ressent souvent des douleurs dans la région du rein droit.

Status du 28 octobre 1897. La malade est constipée. Les ganglions sous-maxillaires sont enflés, de même que les ganglions axillaires et inguinaux. On sent, dans la partie droite de l'abdomen, un corps résistant dont l'extrémité inférieure atteint la ligne horizontale passant par l'ombilic. Il se laisse si bien déplacer, qu'on peut le repousser de telle sorte que son extrémité inférieure se trouve à trois doigts au-dessus de la symphise et à deux doigts de la ligne médiane de l'abdomen. La palpation nous démontre que nous avons affaire avec le

rein droit, dont on reconnaît facilement le hile. Il est un peu douloureux à la pression. On sent le rein gauche à sa place normale.

La région du cæcum est aussi sensible à la pression, on y constate du clapotement et le cæcum semble se trouver plus bas que normalement. L'utérus a une position normale, les annexes ne semblent pas présenter de modifications pathologiques.

Opération le 12 novembre 1897. Fixation du rein à l'aide de fils de bronze, traitement à ciel ouvert. Le 2 décembre, on enlève les fils de bronze et l'on tamponne avec de la gaze phéniquée. Tous les deux jours on change le pansement. Le 12 décembre, la malade se lève. Le 30 elle quitte l'hôpital et se trouve très bien.

Résultats. La malade est morte à la suite de tuberculose des organes génitaux, le rein était bien fixé.

CAS VII. M^{lle} E. J., SERVANTE, 34 ANS.

Anamnèse le 18 janvier 1898. Depuis quelques mois déjà, lorsqu'elle soulevait quelque chose de lourd, la malade ressentait des douleurs dans la région lombaire droite. Il y a quinze jours, elle sentit subitement une forte douleur dans la région du rein droit. Il lui semblait qu'elle devait uriner davantage que d'habitude après les accès de douleurs. Elles devinrent de plus en plus fortes et de plus en plus fréquentes, de sorte qu'elle dut rester au lit.

Elle remarqua que si elle se couchait sur le côté gauche les douleurs augmentaient et que si elle se couchait du côté droit elles diminuaient.

Status du 20 janvier 1898. La malade a un goître et un

rein flottant du côté droit. La région du rein droit est un peu douloureuse à la pression. Il est déplacé vers le bas, et lorsque la malade est assise, on peut bien délimiter son extrémité inférieure. On ne sent pas le hile. On peut le déplacer de quatre travers de doigts du côté de la ligne médiane. La surface est lisse et cède aux doigts. On peut facilement le remettre en place.

Opération le 8 février 1898. La capsule fibreuse est fixée aux fasciæ profonds à l'aide de fils de bronze. On tamponne la plaie avec de la gaze iodoformée et l'on en rapproche les bords par une seule suture. Le 2 avril, la malade quitte l'hôpital; la plaie n'est pas encore tout à fait fermée, mais est en bonne voie de cicatrisation.

Résultats du 24 janvier 1901. La malade se porte bien maintenant et ne ressent que de légères douleurs lorsqu'elle porte un lourd fardeau.

CAS VIII. M^{me} G., MÉNAGÈRE, 28 ANS.

Anamnèse du 31 janvier 1899. La malade avait déjà souvent des maux de tête et des douleurs dans la région hypogastrique pendant qu'elle allait à l'école. Depuis sa première grossesse, qui date de sept ans et demi, elle a toujours eu des périodes très profuses et s'est sentie faible. Depuis sa dernière grossesse, il y a quatre ans, elle remarqua que chaque fois qu'elle se baissait en avant, elle ressentait une forte douleur du côté droit. Elle avait le sentiment qu'un corps étranger glissait « comme un poisson » sous le rebord des côtes du côté de la région inguinale. Quand elle se relevait, elle sentait que ce corps reprenait sa place primitive. Elle se fit soigner dans une maternité où, après un curetage, ses périodes devinrent un peu moins abondantes. Son médecin constata un rein flottant

droit et lui prescrivit un bandage qui la fit beaucoup souffrir et qu'elle ne put supporter que trois mois. Elle eut pendant ce temps des troubles digestifs, la sensation d'un poids sur l'estomac, des « envies de vomir » qui diminuèrent lorsqu'elle eut posé le bandage. Elle ressentait cependant encore de fortes douleurs dans la région du rein droit lorsqu'elle faisait quelque effort ou qu'elle était secouée, en voiture par exemple, ou lorsqu'elle riait. Ces derniers temps, elle est devenue très nerveuse et a parfois des évanouissements qui durent environ une demi-heure ; elle n'a pas beaucoup d'entrain au travail.

Status du 3 février 1899. Dans la partie droite de l'abdomen, on constate facilement un corps mobile. Du côté médian, existe une excavation qui correspond au hile du rein. On sent aussi à ce même endroit les pulsations d'une artère. Les parois abdominales sont flasques ; sous le rebord des côtes on constate une ligne plus foncée qui correspond à la pression maximum du corset.

Opération du 14 février 1899. Le 28 février on enlève les tampons de gaze iodoformée, le 28 mars la malade se lève pour la première fois, la plaie est en bonne voie de cicatrisation et le 4 avril la malade quitte l'hôpital.

Résultats du 22 janvier 1901. Depuis l'opération, la malade n'a plus rien ressenti de son rein flottant. Il est parfaitement fixé. La malade a cependant encore quelques symptômes de nervosisme et prend mal, par exemple, chaque fois qu'elle reçoit une mauvaise nouvelle.

CAS IX. M^{me} D., MALADE PRIVÉE.

Anamnèse du 7 février 1899. La malade a parfois de légères douleurs dans le côté gauche, surtout lorsqu'elle est fatiguée ou qu'elle se baisse.

Il y a quatorze ans, elle fit un effort pour soulever sa mère malade; trois ou quatre jours plus tard, elle ressentit des douleurs dans le côté droit et son médecin constata un rein flottant dans cette région. Il y a cinq ou six ans, un médecin constata qu'elle avait une grosseur dans la région du rein droit et une dilatation d'estomac. Depuis quatre mois environ, elle ressent des douleurs du côté gauche, et l'on constata que le rein gauche se trouvait plus bas que normalement. La malade constate elle-même par la palpation qu'elle a une résistance anormale dans la région du rein droit. La malade n'a eu que deux enfants.

Status du 9 février 1899. La malade est maigre et pâle. Du côté droit, on sent l'extrémité inférieure du rein à la hauteur de la ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antérieure et supérieure. En haut, l'organe hypertrophié disparaît sous le rebord des côtes, où, par une forte pression, l'on peut sentir l'extrémité supérieure du rein. Sa hauteur a environ 14 cm. et son diamètre transversal dépasse de beaucoup la grandeur normale. On sent cette même résistance à travers la région lombaire; elle est peu sensible à la pression. Du côté gauche, le rein se trouve passablement au-dessous du rebord des côtes, de sorte que l'on peut sentir facilement son extrémité supérieure; il est de dimension normale, il se laisse facilement repousser sous le rebord des côtes, mais redescend dès qu'on ne le retient plus. Il s'agit à droite d'une hydronéphrose et à gauche d'un rein flottant simple.

Ce n'est qu'à gauche qu'on pourra faire l'opération typique.

Opération du 12 février 1899. Néphropexie du côté gauche, traitement habituel; le 5 septembre, la malade quitte l'hôpital.

Résultats du 22 janvier 1901. Le rein est parfaitement fixé, dans la position désirée. Les symptômes qui précédaient l'opération ont disparu et la malade se trouve bien.

CAS X. M^{me} A. H., 26 ANS, MÉNAGÈRE.

Anamnèse du 9 février 1899. Il y a sept mois, pendant sa dernière grossesse, la malade ressentit de sourdes douleurs dans la région hypogastrique gauche. Après l'accouchement, elle eut de la fièvre et des douleurs dans le bas-ventre ; elle dut garder le lit pendant cinq semaines. Lorsqu'elle se releva, elle eut de fortes douleurs dans la région hypogastrique gauche. Quand elle faisait quelque effort, elle avait dans l'abdomen une sensation spéciale qu'elle ne peut pas bien décrire. Le 9 janvier, au matin, lorsqu'elle se leva, elle ressentit une forte et soudaine douleur dans le côté gauche. Elle prétend avoir senti à cet endroit un corps rond qui disparut à droite par la pression des doigts.

Status du 9 février 1899. On peut constater un rein flottant du côté droit.

La patiente ne consentit pas à se faire opérer et quitta l'hôpital peu de temps après.

CAS XI. M. J. B., 45 ANS, OUVRIER DE CAMPAGNE.

Anamnèse du 4 mars 1899. Depuis dix ans déjà, le malade souffre d'une sensation désagréable dans la région de l'estomac. Il a maintenant de véritables douleurs qui surviennent généralement trois à quatre heures après les repas ou lorsqu'il accomplit un travail pénible. Il a remarqué que lorsqu'il avait été à selle ses douleurs étaient diminuées. Il fut traité à la

clinique médicale pour ses maux d'estomac et c'est là qu'on découvrit qu'il avait un rein flottant du côté droit.

Opération le 15 mars 1899. Six semaines après, le malade quitte l'hôpital, se trouvant parfaitement bien.

RÉSULTATS. Status du 20 janvier 1901. Depuis l'opération, il eut des selles régulières et ses douleurs ont beaucoup diminué. Il a cependant souvent des douleurs d'estomac au milieu de la nuit. Le rein est bien fixé. Par l'insufflation de l'estomac, je constate une légère dilatation, ce qui permet d'expliquer les symptômes actuels.

CAS XII. M^{lle} A. T., 33 ANS, TAILLEUSE.

Anamnèse du 15 octobre 1899. La malade souffre de constipation chronique, elle consulta de nombreux médecins et prit beaucoup de remèdes qui n'agirent tous que d'une façon passagère. Au commencement de juillet elle eut de fortes douleurs d'estomac accompagnées de vomissements. Ces douleurs durèrent quelques heures et se renouvelèrent pendant un certain temps environ tous les quinze jours. Elle les ressent maintenant après chaque repas, elles s'irradient surtout du côté droit.

Status du 15 octobre 1899. Par la palpation bimanuelle et pendant une profonde inspiration, on sent le rein droit à la hauteur de la ligne horizontale passant par l'ombilic. Lorsqu'on exerce une pression sur le rein et qu'on le repousse vers sa place normale, la malade prétend ressentir les mêmes douleurs qu'elle ressent habituellement.

Opération le 11 novembre 1899. Le 20 novembre on enlève les tampons de gaze; la malade se plaint des mêmes symptômes qu'auparavant, bien que le rein soit fixé; le 23 dé-

cambre elle se lève et le 6 janvier 1900 elle quitte l'hôpital.

Résultats du 24 janvier 1901. La malade écrit qu'elle a toujours les mêmes symptômes et refuse de venir à l'hôpital pour se faire examiner; son médecin n'a cependant pas pu constater que le rein n'est plus fixé.

CAS XIII. M^{me} S. M., 39 ANS, MÉNAGÈRE.

Anamnèse du 12 décembre 1899. Il y a trois ans, la malade était femme de chambre et avait un travail très pénible, elle devait souvent se relever la nuit; ça la fatigua beaucoup et la rendit très nerveuse. Elle souffrit de tremblements et de maux d'estomac. Le printemps passé, elle était femme de chambre dans une pension où elle devait souvent soulever des objets très lourds. Au mois de juin, il lui sembla avoir une grosseur dans le côté droit, où elle ressentait parfois des douleurs. Elle souffre aussi de constipation et a remarqué que ses douleurs diminuent chaque fois qu'elle est allée à selle.

Status du 13 décembre 1899. Pendant une profonde inspiration, on sent facilement le rein droit que l'on peut saisir entre les doigts. L'extrémité inférieure atteint la ligne horizontale passant par l'ombilic.

Opération le 15 décembre 1899. Six semaines plus tard, la malade quitte l'hôpital.

Résultats du 29 janvier 1901. Le rein est bien fixé, elle se trouve beaucoup mieux depuis l'opération; souffre encore parfois de dyspepsie nerveuse.

CAS XIV. M^{me} B. H., 35 ANS, OUVRIÈRE DE FABRIQUE.

Anamnèse du 26 février 1900. Depuis sa quatrième gros-

sesse, la malade s'est sentie très affaiblie. Elle a la sensation d'avoir un poids sur l'estomac, elle a souvent de fortes douleurs dans la région épigastrique. En outre, il lui semble qu'un corps étranger se meut parfois dans sa cavité abdominale, surtout du côté droit.

Status du 28 février 1900. Sous le rebord des côtes, du côté droit, on peut sentir une résistance à surface lisse qui est mobile et cède à la pression des doigts. Sa grandeur correspond à celle d'un rein.

Opération le 2 mars 1900. Le 8 mars on enlève le tampon de gaze; le 31, la plaie est en bonne voie de cicatrisation, on aperçoit encore un peu le rein; le 25 avril la malade quitte l'hôpital.

Résultats du 22 janvier 1901. Le rein est parfaitement fixé, en rapport avec la cicatrice. La malade se plaint d'avoir encore parfois des maux d'estomac et des douleurs dans le dos. Elle n'a cependant plus la sensation d'un corps étranger dans la cavité abdominale. Par l'insufflation, je constate que le fond de l'estomac vient jusqu'à 8 cm. au-dessous de l'ombilic. La malade a une forte dilatation d'estomac, ce qui explique les symptômes actuels. Elle n'est absolument pas atteinte de nervosisme, elle travaille assidûment à la fabrique malgré ses douleurs et ne se plaint que rarement.

CAS XV. M^{lle} J. F., 40 ANS, FEMME DE CHAMBRE.

Anamnèse du 24 avril 1900. La malade fut de tout temps faible, souvent indisposée et fatiguée, souffrant de douleurs hypogastriques pendant ses périodes.

Lorsqu'elle avait 28 ans, elle travaillait dans un hôtel, où elle avait souvent des objets lourds à porter.

Elle fut ensuite tailleuse, c'est alors qu'elle commença à avoir des troubles gastriques, qui ont augmenté depuis deux ans. Elle a des douleurs dans la région épigastrique, généralement une heure après les repas. Elles disparaissent si elle se couche et recommencent si elle marche. La malade est généralement constipée. Un médecin considéra son affection comme de la dyspepsie nerveuse et lui donna un remède qui lui fit du bien ; un autre médecin lui prescrivit de la teinture de valériane. Ces divers traitements améliorèrent l'état de la malade, mais ne la guérèrent pas. Depuis trois mois, les douleurs ont de nouveau repris avec la même intensité qu'auparavant. C'est pendant la marche qu'elle souffre le plus ; lorsqu'elle est couchée, elle se sent soulagée. Elle a une dilatation d'estomac. Ses quantités d'urine sont très irrégulières. Avant d'uriner elle a une sensation de plénitude dans la région hypogastrique droite. Elle prétend pouvoir constater avec la main une grosseur qui disparaît lorsqu'elle a uriné. Ces dernières années, elle souffre beaucoup de migraines qui sont augmentées lors de ses périodes.

Status du 24 avril 1900. Varices aux deux jambes, rétroversion de l'utérus. Pendant une profonde inspiration, on sent distinctement le rein droit plus bas qu'à sa position normale, son extrémité inférieure se trouve au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic.

Opération le 8 mai 1900. La capsule du rein est épaissie. Le tissu rénal propre que l'on aperçoit à la suite de l'incision de la capsule est normal ; le 22 mai on enlève les tampons de gaze, le 27 juin la malade quitte l'hôpital.

Résultats du 25 janvier 1901. Le rein est parfaitement fixé. Elle se sent mieux. Elle a encore des troubles gastriques expliqués par sa dilatation d'estomac.

CAS XVI. M^{lle} R. S., 31 ANS.

Anamnèse du 20 juillet 1900. Il y a une année, la malade fut traitée dans une division de médecine interne de l'Hôpital de l'Isle pour des troubles gastriques, elle fut ensuite opérée dans une division chirurgicale pour une affection tuberculeuse des organes génitaux. Au mois de janvier de cette année, elle eut de nouveau des troubles gastriques, qui survenaient généralement après une fatigue ou une longue marche. Ses quantités d'urine variaient beaucoup ; elle consulta un médecin qui diagnostiqua un rein flottant du côté droit et l'envoya à l'hôpital.

Status du 20 juillet 1900. Dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, on sent une résistance lisse, sensible à la pression. L'utérus se trouve en rétroversion et ne peut pas être redressé. Lorsque la malade est étendue sur le dos, l'extrémité inférieure du rein se trouve un peu au-dessus de l'ombilic ; lorsqu'elle est debout, elle se trouve environ 5 cm. au-dessous de la ligne horizontale passant par l'ombilic et l'extrémité supérieure se trouve environ 2 cm. au-dessus de cette même ligne.

Opération le 26 juillet 1900. Le 30 août, la malade quitte l'hôpital ; le rein est bien fixé.

Résultats. La malade se plaint encore parfois de douleurs dans le dos et dans l'abdomen. Son médecin ne peut cependant pas constater que le rein ne soit pas fixé.

CAS XVII. M^{me} E. K., 56 ANS, MÉNAGÈRE.

Anamnèse du 11 décembre 1900. La malade a depuis longtemps des troubles gastriques et des douleurs d'estomac qui ne dépendent pas de la nourriture qu'elle prend. Ses douleurs

augmentent surtout lorsqu'elle a quelque émotion ou quelque chagrin. Elle a eu dix enfants et chaque grossesse suivit son cours normal.

Status du 11 décembre 1900. La glande thyroïde est un peu hyperplasiée et contient des noyaux colloïdes. Les parois abdominales sont flasques et présentent de nombreuses vergetures. Elle a une rétroflexion de l'utérus et une dilatation d'estomac. A droite, sous le foie, on sent un corps excessivement mobile, qui se laisse facilement repousser sous le rebord des côtes et qui, lorsque la malade est couchée, se trouve à la hauteur de l'ombilic.

Opération le 17 décembre 1900. Six semaines après, la malade quitte l'Hôpital.

Résultats du 25 janvier 1901. Le rein est bien fixé et la malade est tout à fait satisfaite.

CAS XVIII. M^{lle} H., MALADE PRIVÉE.

Anamnèse du 29 octobre 1900. La malade souffre d'une constipation opiniâtre ; elle a la sensation d'une pesanteur dans le bas-ventre, même lorsqu'elle est couchée et surtout lorsqu'elle marche. Elle a aussi des troubles gastriques et une grande irrégularité dans les quantités d'urine.

Status du 30 octobre 1900. La pression dans la région lombaire est douloureuse. L'abdomen ne présente rien de particulier à l'inspection. Par contre, à la palpation, on sent immédiatement un corps mobile sous le rebord des côtes du côté droit. Pendant la respiration, ce corps se déplace considérablement, de sorte que son extrémité supérieure atteint l'ombilic. Sa grandeur et sa consistance correspondent à celles du rein. On constate en outre une rétroversion de l'utérus.

Opération le 14 novembre 1900. Le 23 novembre on enlève les gazes profondes.

Le 26 décembre, la malade se lève. Le rein est bien fixé et les symptômes qu'elle avait avant l'opération ont complètement disparu. Le 6 janvier 1901 elle quitte l'hôpital parfaitement rétablie.

CAS XIX. M^{lle} Y. R., MALADE PRIVÉE.

Anamnèse du 15 octobre 1898. La malade souffre depuis deux ans de maux d'estomac et de vomissements qui, ces derniers temps, sont devenus très fréquents. Elle consulta divers médecins qui la soignèrent pour de la dyspepsie et lui firent prendre des pilules et des drogues qui n'améliorèrent pas son état. C'est au mois d'août dernier qu'elle consulta pour la première fois M. le professeur Kocher, qui diagnostiqua un rein flottant du côté droit et lui conseilla l'opération.

Opération le 18 octobre 1898. Six semaines après, la malade se levait pour la première fois, et dix jours plus tard elle quittait l'hôpital parfaitement rétablie.

Résultats du 13 février 1901. La malade m'écrit : « Depuis l'opération, les vomissements ont cessé et mon estomac me fait très rarement souffrir. J'avais une dilatation assez avancée et c'est la seule chose dont je me suis ressentie dans la suite. »

CONCLUSIONS

Parmi les 19 cas que nous avons étudiés, nous constatons qu'il y a 18 femmes et un seul homme. Le rein flottant est beaucoup plus fréquent chez la femme, comme le prouvent les statistiques des auteurs suivants :

Auteurs.	Cas.	Femmes.	Hommes.	..
Senator . . .	106	106	—	100 %
Glenard . . .	148	131	17	87 %
Chassin . . .	25	25	—	100 %

La femme est en effet spécialement exposée aux circonstances qu'on admet généralement comme causes du rein flottant, telles que la grossesse, l'influence du corset, le relâchement des parois abdominales.

Nous constatons en outre que 17 fois le rein flottant est à droite et que deux fois seulement il est à gauche; dans ces deux derniers cas, les malades avaient d'abord eu un rein flottant à droite. C'est ce qui fut déjà constaté par les auteurs suivants :

Auteurs.	Cas.	Côté droit.	Côté gauche.	2 côtés.
Senator . . .	106	100	2	4
Glenard . . .	148	126	3	19
Sulzer. . . .	91	76	10	5
Schultze . . .	50	37	6	7
Ebstein . . .	91	65	14	12
Landau . . .	42	39	1	2
Sommes	528	443	36	49

Nous aurions ainsi que dans 84 % des cas le rein flottant se trouverait à droite, dans 7 % des cas il serait à gauche et dans 9 % des cas il existerait des deux côtés. Comment expliquer cette prédominance du rein flottant à droite ? Différentes théories ont été formulées à ce sujet ; l'une d'elle prétend que par l'influence du corset, le rein gauche, se trouvant plus haut que le droit, sera retenu, tandis que le droit tendra à être refoulé dans la fosse iliaque. On ne peut pas nier l'influence du corset. V. Fischer-Benzon l'a démontré par ses expériences sur le cadavre.

Je ne crois cependant pas que ce soit la cause prédominante du rein flottant à droite, puisqu'on le rencontre de ce côté chez les femmes qui ne se serrent pas du tout et chez les hommes aussi. Je crois qu'il faut chercher la cause de cette fréquence du rein flottant à droite dans la situation anatomique du rein droit lui-même. Landau admet que, l'artère rénale gauche étant plus courte que la droite et se trouvant en connexion intime avec la tête du pancréas, le rein gauche est mieux fixé que le droit. Nous avons vu, en

étudiant l'anatomie normale, que le rein droit est en rapport direct avec le foie, qui repose pour ainsi dire sur lui. Le ligament suspenseur du foie n'appliquant pas complètement cet organe contre la voûte diaphragmatique, on comprend aisément que si un sujet est debout, le poids du foie contribue à refouler le rein droit du côté de la fosse iliaque. Le péritoine, qui est un puissant moyen de fixation pour les reins, étant relâché, et les deux reins étant également prédisposés à se déplacer, ce sera le rein droit, grâce à l'action qu'exerce sur lui le foie, qui le premier quittera sa position normale.

Au *point de vue étiologique*, nous constatons que dans les cas I, X, XIV et XVII on peut attribuer le rein flottant à l'influence de la grossesse ; ces cas nous permettraient de nous rattacher à la théorie de Landau et Senator, qui regardent la grossesse comme cause principale du rein flottant. Si nous considérons le fait que sur nos 18 cas, il y a 10 femmes non mariées et un homme, nous voyons qu'il faut se garder d'admettre la grossesse comme cause habituelle du rein flottant. Elle peut même avoir une influence favorable. Hare, par exemple, cite un cas de rein flottant double dont l'état se trouva amélioré à la suite d'une grossesse, les reins étaient en effet mieux fixés qu'avant. Oppolzer et Rayet ont aussi observé des cas pareils. Nous voyons donc que nous ne pouvons pas considérer la grossesse comme un moment absolument défavorable à la fixation du rein. Elle

peut être suivie d'un rein flottant lorsque le péritoine distendu perd sa force de fixation et ne reprend pas sa forme primitive.

Dans les cas II, III, IV, IX et XIII, nous pouvons reconnaître un moment traumatique. Le rein flottant est apparu subitement à la suite d'un effort ou fut reconnu peu de temps après ce dernier. D'après nos observations, l'influence traumatique serait plus fréquente que celle de la grossesse. Si nous comparons avec d'autres résultats :

Auteurs.	Cas.	Causes traumatiques.	
Chassin	23	4	18 %
Sulzer	68	20	29 %
Cas observés	19	5	26 %

nous arrivons environ à la même proportion que Sulzer.

Il n'y a que dans le cas VIII que la trace laissée par un corset trop serré peut être constatée, et ce cas seul parlerait pour la mauvaise influence du corset. Dans le cas VI, nous avons un amaigrissement rapide qui peut appuyer la théorie basée sur la disparition de la capsule adipeuse du rein. Dans les autres cas, nous ne voyons pas de cause évidente du rein flottant.

J'ai l'impression que l'on ne peut pas généraliser le moment étiologique du rein flottant et que dans chaque cas la cause peut être différente. Pour les uns la grossesse aura une influence, pour les autres ce sera quelque effort physique, pour d'autres enfin le rein flottant se formera par suite de la disparition

de la capsule adipeuse qui est certainement un moyen de fixation du rein.

Quant aux symptômes, nous distinguons des symptômes subjectifs et des symptômes objectifs. Les symptômes subjectifs consistent en troubles digestifs, en douleurs dans la région épigastrique ou dans le dos, en un état de faiblesse, en une sensation spéciale dans la cavité abdominale. C'est ainsi que dans le cas VIII la malade avait la sensation qu'un poisson se mouvait dans son abdomen. C'est cette sensation qui, d'après Schütze et Herr, contribue à rendre hystériques les malades atteintes de rein flottant ; elles se figurent avoir une tumeur, elles en sont inquiètes, ne peuvent pas faire le moindre effort sans sentir ce corps étranger se mouvoir et cela suffit à la longue pour exercer chez ces malades une dépression psychique. Ainsi, dans nos cas VIII, XIII, XV et XVII, nous avons rencontré des symptômes évidents de nervosisme. Je ne veux pas dire que l'hystérie, chez les malades atteintes de rein flottant, en soit toujours la conséquence ; je crois que ces deux affections peuvent très bien exister parallèlement et que la première n'est qu'augmentée par la seconde. L'hystérie n'est pas toujours guérie par la fixation du rein ; dans les cas VIII et XIII, par exemple, le rein est fixé, les symptômes causés par le rein flottant ont disparu, mais les malades n'en ont pas moins conservé leur état nerveux ; surtout le cas VIII, qui s'évanouit à la moindre nouvelle désagréable.

Ce sont les symptômes objectifs qui nous permettent de confirmer le diagnostic de rein flottant. Le fait de découvrir par la percussion et la palpation une tumeur mobile dans la cavité abdominale nous met sur la voie. Le diagnostic n'est cependant pas toujours facile, car un rein flottant peut être confondu avec un carcinome du pylore, une tumeur de la vésicule biliaire, une tumeur intestinale ou des organes génitaux, ou même avec un lobe du foie lorsque ce dernier a subi quelque déformation. Il faut recourir à tous les moyens possibles tels que l'insufflation de l'estomac ou de l'intestin, ainsi qu'au toucher vaginal, pour assurer son diagnostic.

La dilatation d'estomac qui accompagne fréquemment le rein flottant peut induire en erreur en faisant penser à une sténose du pylore. Par l'insufflation, le rein flottant est refoulé en dehors des limites de l'estomac, ce qui permet d'exclure un carcinome du pylore. Le toucher vaginal aidera à exclure une affection des organes génitaux.

Les troubles digestifs occasionnés par le rein flottant s'expliquent par la pression et le tiraillement qu'il exerce sur l'intestin dont la fonction est généralement ralentie. La plupart de ces malades souffrent de constipation. Il se pourrait que par cette action le réflexe de Meering soit entravé, ce qui causerait une stase des aliments dans l'estomac, et ce qui en expliquerait la fréquente dilatation. Il ne faut pas confondre la simple dilatation avec une ptose de l'es-

tomac qui peut être la conséquence du relâchement du péritoine. Le rein flottant se rencontre rarement seul, il est souvent accompagné d'entéroptose générale, de dilatation d'estomac, de rétroversion de l'utérus. Il faudrait, tout en fixant le rein, pouvoir remédier aussi à toutes ces autres affections. C'est ce qui explique que dans certains cas, quoique le rein soit parfaitement fixé, nous avons encore des symptômes gastriques ou autres.

Dans le cas IV le rein flottant est accompagné d'albuminurie, dans le cas IX il fut la cause de l'hydronéphrose du côté droit. Lindner et Eger admettent que l'hydronéphrose provient dans un pareil cas de la torsion de l'uretère qui entrave l'écoulement de l'urine et cause ainsi une stase dans le rein. Avant d'examiner nos *résultats opératoires*, je veux jeter un rapide coup d'œil sur les autres méthodes employées.

C'est en 1879 que parut le travail de Keppler « Sur le traitement opératoire du rein flottant par la néphrectomie » et c'est en 1881 que Hahn introduisit la néphropexie. La méthode de Hahn consistait d'abord à suturer la capsule adipeuse au bord de la plaie, ce qui ne donna pas de bons résultats. On essaya ensuite de suturer le parenchyme rénal même sans obtenir des résultats satisfaisants. Un grand progrès fut accompli, lorsqu'on se mit à suturer la capsule fibreuse et c'est alors qu'on obtint quelques bons résultats.

Les cas de récurrence étaient cependant très fré-

quents et Chassin, dans le travail qu'il fit à la clinique chirurgicale en 1897, constata que : des cas dont la plaie s'était cicatrisée par première intention, 43% seulement avaient donné un bon résultat, tandis que lorsque la plaie s'était cicatrisée par seconde intention, on obtenait dans 75 % des cas une guérison durable. C'est ce qui engagea mon chef, M. le professeur Kocher, à introduire la méthode de traitement à ciel ouvert et ce sont les résultats obtenus que je veux examiner en terminant.

Sur les 19 cas que nous avons étudiés, nous n'avons pas pu contrôler les résultats dans un des cas, 1 cas n'a pas été opéré et les deux derniers ne peuvent pas entrer en ligne de compte puisqu'ils datent de décembre 1900. Examinant les 15 cas dont nous pouvons tenir compte pour nos conclusions, nous constatons que dans 13 cas le rein est parfaitement bien fixé. Nous avons donc une proportion de 87 % de bons résultats, ce qui est un immense progrès sur les résultats obtenus par Chassin. Les cas VII et XII n'ont pas pu venir à l'hôpital se faire examiner, de sorte que n'ayant pas pu constater que le rein est fixé, je ne les compte pas parmi les cas guéris. La malade VII m'a écrit qu'elle se trouvait bien et qu'elle ne ressentait de légères douleurs que lorsqu'elle portait quelque chose de lourd. La malade XII prétend n'avoir été en rien soulagée par l'opération. Parmi les cas où j'ai pu constater que le rein était fixé, plusieurs se plaignaient encore de quelques symptômes subjectifs, mais j'ai pu

me rendre compte que ces symptômes provenaient d'une affection indépendante du rein flottant. Dans les cas XI, XIV, XV et XIX j'ai pu constater une dilatation d'estomac et dans les cas III, VIII, XIII des symptômes de nervosisme, le cas IV souffrait encore d'albuminurie. Les autres cas examinés ont donné à tous les points de vue de bons résultats.

J'en arrive à la conclusion que la méthode de traitement à ciel ouvert donne d'excellents résultats opératoires et que les symptômes dont se plaignent parfois encore les malades opérés proviennent d'affections indépendantes du rein flottant.

LITTÉRATURE

KOCHER. Operationslehre.

TESTUT. Anatomie humaine.

SCHMAUSS. Pathologische Anatomie.

ZIEGLER. Pathologische Anatomie.

STRÜMPELL. Lehrbuch für Interne Medizin.

SULZER. Über Wanderniere und Nephrorrhapie (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie), Band XXI.

ZELLER. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XLIX.

CHASSIN. Über Wanderniere und deren operative Behandlung.
